

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1893, à 1 heure

Par ALPHONSE LECOQ

Né à Saint-Aubin-d'Aubigné (Ille-et-Vilaine), le 9 mars 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRITONITE SUPPURÉE A PNEUMOCOQUES
CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
LETULLE, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1893, à 1 heure

Par ALPHONSE LECOQ

Né à Saint-Aubin-d'Aubigné (Ille-et-Vilaine), le 9 mars 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PÉRITONITE SUPPURÉE A PNEUMOCOQUES

CHEZ L'ENFANT

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
LETULLE, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALEX. RENAULT

Médecin de l'hôpital Broca

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOIZARD

Médecin de l'hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PÉRITONITE SUPPURÉE A PNEUMOCOQUES
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Les découvertes microbiennes de ces dernières années ont éclairé d'un jour nouveau l'histoire de la péritonite aiguë. L'étiologie et la pathogénie de cette maladie sont mieux connues qu'autrefois, et leur connaissance permet au clinicien d'être plus affirmatif dans son pronostic, plus rationnel dans son traitement.

Les microbes rencontrés dans les péritonites aiguës sont nombreux. Streptocoques, staphylocoques, pneumocoques peuvent s'y trouver tout aussi bien que le Coli Bacille et les microbes de la putréfaction. Ces micro-organismes commandent, lorsqu'ils existent à l'état isolé, une forme clinique spéciale et caractéristique de la maladie. Suivant l'espèce, ces micro-organismes ont été rencontrés plus ou moins fréquemment dans le pus des

péritonites. Le pneumocoque est assurément un de ceux qu'on y a le moins souvent trouvé, aussi la péritonite suppurée à pneumocoques n'est-elle encore connue que par un petit nombre d'observations.

Le hasard a voulu que nous en observions un cas à l'hôpital Trousseau à la fin de l'année 1892, et notre bienveillant maître, M. le Dr Moizard, a bien voulu permettre que cette observation fasse le sujet de notre thèse inaugurale. Nous en remercions vivement M. le docteur Moizard et nous le prions d'accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Que M. Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui nous a aidé de ses conseils au début de ce travail, veuille bien agréer nos remerciements.

Merci aussi à M. le Dr Alexandre Renault, médecin de l'hôpital Broca, pour la sollicitude qu'il nous a témoignée pendant le cours de nos études à Paris.

Nous prions M. le professeur Debove, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, de croire à notre sincère gratitude.

HISTORIQUE

L'histoire de la péritonite à pneumocoques peut se résumer en quelques lignes. Elle est née d'hier pour ainsi dire.

Quoique la découverte du microbe de Talamon-Fraënkell remonte à l'année 1883, le premier cas de péritonite à pneumocoques qui ait été publié ne date que de 1886. M. le professeur Cornil l'a consigné dans le *Journal des connaissances médicales* (1).

La péritonite n'avait été reconnue qu'à l'autopsie ; pendant la vie, la malade atteinte de diverses autres manifestations à pneumocoques, ne s'était d'ailleurs plainte d'aucune douleur au ventre et la paroi abdominale n'était ni tendue ni gonflée. L'examen bactériologique des fausses membranes fibrineuses du péritoine n'en révéla pas moins l'existence des bactéries de la pneumonie.

En 1886 également, M. Netter (2) signala la présence du pneumocoque dans le péritoine de quelques individus morts de pneumonie, mais la séreuse n'était nullement enflammée.

Un cas de péritonite, consécutive à une pneumonie, a été publié en 1888 par Weichselbaum dans le *Wiener medicinische Wochenschrift*, et l'année suivante le même au-

1. Cornil. *Journal des connaissances médicales*, 1886, p. 185.

2. Netter. Thèse de Ménétrier, *Grippe et pneumonie en 1886*.

teur (1) a observé deux cas de péritonite primitive pneumocoques chez des adultes qui étaient atteints, l'un d'un cancer, l'autre d'un ulcère de l'estomac.

En 1890, parurent presque simultanément en France quatre observations : la première publiée par MM. Courtois-Suffit et Boulay (2), la seconde par M. Sevestre (3), la troisième par M. Nélaton (4), la quatrième enfin par M. Galliard (5).

Ces observations éparses ont inspiré la thèse de M. le Dr Lajotte (6) en 1891, et une dernière observation recueillie en juin 1892 dans le service de M. Sevestre a fait l'objet de l'excellente thèse de M. Morisse (7).

Ces derniers auteurs ayant traité : *De la péritonite à pneumocoques en général*, nous étudierons cette affection spécialement chez l'enfant en nous inspirant du fait qu'il nous a été donné d'observer autant que des faits déjà publiés.

1. Weichselbaum. *Centralblatt für bacteriologie*, janvier 1889.

2. Courtois-Suffit et Boulay. *Soc. médic. des hôp.*, avril 1890.

3. Sevestre. *Société médic. des hôp.*, mai 1890.

4. Nélaton. *Bulletin médical*, octobre 1890.

6. Galliard. *Soc. médic. des hôp.*, novembre 1890.

6. Lajotte. Thèse Paris, 1891 : *De la péritonite à pneumocoques*.

7. Morisse. Th. Paris, 1892 : *Contribut. à l'étude de la péritonite à pneumocoques*.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Rareté de la péritonite à pneumocoques. — La péritonite est une des déterminations pneumococciques les plus rares, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. M. Netter (1), qui s'est occupé, avec un soin tout particulier, d'étudier la fréquence relative des affections dues au microbe de Talamon-Fraënkcl, disait à la société de Biologie que, sur 151 autopsies et faits observés par lui où l'existence du pneumocoque avait été démontrée par l'examen bactériologique et par les cultures, il n'avait observé que deux péritonites et cela chez des enfants.

Cette rareté a lieu de surprendre si l'on tient compte de ce fait qu'à toutes les autopsies de pneumonie on peut reconnaître l'existence de pneumocoques dans la cavité péritonéale en colorant les lamelles appliquées contre les parois de la séreuse.

« Il semblerait, dit M. Boulay (2), que cette séreuse s'oppose au développement des diplocoques ou du moins que ces derniers n'ont pas prise sur elle.

« Cette résistance à l'infection a pourtant ses limites et il existe sans doute des conditions qui permettent à l'action pathogène du microbe de s'exercer sur le péritoine, mais ces conditions nous échappent. La pathologie

1. Netter, Société de biologie, 26 juillet 1890.

2. Boulay. Th. Paris, 1891 : *Les affections à pneumocoques.*

expérimentale n'éclaircit pas le mystère. Chez les animaux comme chez l'homme, la péritonite n'est pas une manifestation fréquente de l'infection pneumococcique. Si on la rencontre parfois, sans qu'on ait cherché à la provoquer, à l'autopsie d'animaux inoculés sous la peau, ou dans le poumon, le fait est rare. Ce qui est habituel, c'est de trouver une quantité de diplocoques encapsulés dans la sérosité péritonéale des animaux morts d'infection pneumococcique. Nous avons maintes fois vérifié le fait sur des cobayes et des lapins dont le péritoine était sain. Quand on essaie de provoquer la péritonite par inoculation directe du diplocoque dans la cavité abdominale, on se heurte à la même difficulté : *la résistance de la séreuse*.

« Nous avons injecté des cultures de pneumocoques dans le péritoine d'une série de cobayes : les animaux sont morts plus ou moins rapidement d'infection générale sans réaction inflammatoire marquée du péritoine ; quelques-uns ont résisté, sans doute parce que les cultures employées étaient plus anciennes, et par conséquent atténuées. Foa et Uffreduzzi, de leur côté, n'ont jamais réussi à provoquer une péritonite à pneumocoques chez le lapin ; une seule fois, dans leurs expériences, l'inoculation intrapéritonéale d'une culture de pneumocoques amena une péritonite purulente chez un cobaye.

En faisant au préalable une lésion péritonéale, nous pouvions obtenir des résultats positifs, il n'en a rien été. Sur trois cobayes, à qui quelques gouttes d'essence de térébenthine avaient été injectées dans la cavité abdominale avant l'inoculation du liquide pneumococcique, un

seul offrit des lésions péritonéales : il y avait quelques suffusions sanguines à la surface de l'intestin, l'exsudat péritonéal était brunâtre et renfermait des globules sanguins. Or, ces lésions devaient être rapportées plutôt à l'action de l'essence de térébenthine qu'à celle des pneumocoques : ceux-ci, en effet, étaient rares dans l'exsudat, non seulement ils n'avaient pas provoqué de péritonite, mais ils ne s'étaient pas multipliés dans la séreuse.

« Ces recherches expérimentales expliquent, jusqu'à un certain point, la rareté de la péritonite pneumococcique chez l'homme.

« Cette rareté tient encore à une autre cause, l'infection locale qui est le mécanisme le plus habituel des péritonites dues aux microbes pyogènes vulgaires est rarement mise en jeu quand il s'agit du pneumocoque. »

Le passage des micro-organismes à travers les parois du tube digestif, mécanisme habituel des péritonites putrides, peut-être difficilement invoqué lorsqu'on a affaire au pneumocoque. Sa virulence serait singulièrement atténuée après son contact avec le suc gastrique.

Comment donc se rendre compte de la voie suivie par le pneumocoque pour arriver au péritoine ? Les observations de péritonite à pneumocoques se réduisent à une dizaine et cependant chaque observation semble réclamer une étiologie et une pathogénie particulières.

D'abord la péritonite pneumococcique peut être primitive et constituer à elle seule toute la maladie, ou secondaire et consécutive à une pneumonie.

La péritonite secondaire ne semble pas être la règle. Le cas que nous avons observé rentre néanmoins dans

cette catégorie. Il s'agissait d'une fillette âgée de sept ans qui sept semaines avant son entrée à l'hôpital avait eu une pneumonie suivie d'une pleurésie terminée par vomique le jour de son arrivée dans le service de M. le Dr Moizard. Dans ce cas la pathogénie n'est pas compliquée : les belles recherches de M. Ranvier nous ont appris que la cavité pleurale et la cavité péritonéale communiquent directement entre elles par l'intermédiaire du système lymphatique.

« Dans la pleurésie, les coupes qui comprennent l'exsudat et la séreuse sous-jacente montrent très nettement dans celle-ci la lumière des vaisseaux lymphatiques. Ces vaisseaux sont dilatés et contiennent une substance tout à fait semblable à celle de l'exsudat de la séreuse. Elle renferme du pus ou de la fibrine englobant les globules du pus (1). »

Cette pathogénie a été signalée dès 1874 dans une bonne thèse de M. Caillette intitulée : *De la propagation de la pleûre au péritoine par le système lymphatique*.

S'il est facile de voir la relation de cause à effet dans la péritonite secondaire, il n'en est pas de même dans la péritonite primitive pneumococcique. Pourtant cette péritonite primitive pourrait à la rigueur reconnaître une pathogénie analogue à celle des péritonites cons cutes aux pleurésies. On sait que la présence du diplocoque lancéolé a été signalée dans la cavité et les parois de l'utérus ; or, rien n'est plus facile que le passage du microbe, de la matrice dans la cavité péritonéale, par les lymphatiques ou par les trompes.

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*.

M. Galliard (1) fait allusion à ce mode pathogénique quand il prie de remarquer dans son observation que le pavillon de la trompe gauche de sa malade était rouge et injecté, et que l'enfant avait subi un viol quelque temps auparavant. Malheureusement cette hypothèse n'est qu'une simple vue de l'esprit, fort ingénieuse du reste, car dans ce cas particulier on a oublié de rechercher le pneumocoque et dans les trompes et dans l'utérus.

Dans tous les autres cas de péritonite primitive pneumococcique publiés, quelle étiologie invoquer? N'est-il pas naturel de penser que les choses se passent dans le péritoine comme dans les autres séreuses? La bizarrerie des localisations du pneumocoque est connue : « Autant on peut supposer de portes d'entrée à ce micro-organisme, dit M. Boulay (2), autant on peut imaginer d'affections à pneumocoques primitives. »

Un fait domine donc l'étiologie de ces affections : c'est la dissémination de ce microbe et l'irrégularité de sa localisation.

Il était intéressant d'étudier la manière dont le pneumocoque se propage dans les divers organes. M. Netter (3), avec sa compétence toute spéciale, nous a appris comment il se comportait dans les voies aériennes et comment il pouvait être transporté par la circulation dans l'organisme.

Le péritoine n'étant pas en contact avec l'arbre aérien, c'est par le courant sanguin que cette séreuse est infectée,

1. Galliard. *Société médic. des Hôpitaux*, novembre 1890.

2. Boulay, *loco citato*.

3. Netter. *Archives de médecine expérimentale*, 1890.

et nous avons lieu de croire que la péritonite est due à une infection généralisée.

Cette infection sanguine par le pneumocoque est nettement prouvée par la coexistence d'une méningite et d'une péritonite dans une observation publiée par MM. Boulay et Courtois-Suffit (1). Nous n'essaierons pas de déterminer l'origine de cette infection sanguine, elle demeure le plus souvent inconnue. Dans un cas cependant l'explication en a été facile.

OBSERVATION I

Péritonite primitive à pneumocoques. — Méningite concomitante. — Autopsie. — Netter, Soc. de Biologie, 26 juillet 1890.

M. Netter, en faisant l'autopsie d'un enfant de trois ou quatre jours mort aux Enfants Assistés, constata la présence du pneumocoque dans le sang. Les désordres étaient généralisés : il y avait coexistence d'une méningite et d'une péritonite.

Les renseignements sur la mère ont fait défaut, il est probable que l'infection s'est faite par la voie sanguine, que la mère était atteinte de pneumonie et qu'il y a eu transmission intra-utérine comme dans un autre cas signalé par M. Netter (2) où une pneumonie fut transmise par sa mère à l'enfant.

Si l'infection sanguine rend compte de la localisation péritonéale dans quelques cas, il faut bien l'admettre dans les autres par exclusion, mais il n'en reste pas moins vrai que la pathogénie de ces péritonites primitives demeure ténébreuse.

1. Boulay et Courtois-Suffit, *Soc. médic. des Hôpitaux*, 16 mai 1890.

2. Netter. *Société de Biologie*, 1889.

La péritonite pneumococcique semble plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Le sexe féminin y paraît plus exposé que le sexe masculin, du moins les trois cas de péritonite à pneumocoques publiés jusqu'ici chez l'enfant et le nôtre ont été observés chez des filles. Cette considération tendrait à rendre plus vraisemblable l'hypothèse de l'infection pneumococcique du péritoine par les trompes ou les lymphatiques de l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La péritonite est partielle ou généralisée ; dans le cas de M. Gaillard (1) il y avait trois poches purulentes distinctes trouvées à l'autopsie, une seule avait été ouverte après laparotomie par le chirurgien pendant la vie.

L'épanchement est presque toujours purulent, épais, bien lié, de teinte verdâtre, riche en fibrine. Ces caractères macroscopiques du pus à pneumocoques, si bien mis en lumière par M. le professeur Debove (2), dans la méningite pneumococcique, se retrouvent dans tous les cas de péritonites dues à ce microbe observés chez l'enfant. Ces caractères sont un précieux indice pour le diagnostic.

Le pneumocoque est l'unique espèce microbienne renfermée dans l'exsudat, mais il peut y avoir infection secondaire quand on ne fait pas agir le traitement approprié et que le pus s'est créé une issue par une fistule. C'est ce que notre observation personnelle démontrera d'une façon absolue. Un premier examen bactériologique avait été pratiqué le jour où le pus s'était évacué par la fistule ombilicale et on trouva dans les cultures du pneumocoque absolument pur. La famille de la malade ayant refusé toute intervention chirurgicale, on se con-

1. Gaillard, *Soc. médic. des hôpitaux*, 1890.

2. Debove, *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 mai 1890.

tenta de traiter la fistule par les moyens antiseptiques ordinaires. Tout alla pour le mieux pendant quelques jours, mais bientôt la température qui oscillait entre 37°,5 et 38° atteignit 40°. L'infection secondaire n'était pas douteuse, la situation devenait grave et la famille consentit à laisser faire la laparotomie. Un nouvel examen bactériologique fait à ce moment vint confirmer l'idée émise, on constata dans les cultures la présence du *staphylococcus albus* en même temps que celle du *pneumocoque*.

SYMPTOMATOLOGIE (1). — MARCHE

La symptomatologie de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant est fort complexe. Elle varie d'ailleurs suivant que la péritonite est primitive ou secondaire.

Quand elle est primitive, l'attention du clinicien est du premier coup attirée du côté du ventre. Au milieu d'une excellente santé ou au déclin d'une maladie antérieure, l'enfant est pris brusquement d'une douleur intense, généralisée à tout l'abdomen ou localisée en un point, dans une des fosses iliaques de préférence ; il vomit, sa température s'élève, son ventre se météorise.

Tels sont les symptômes du début, analysons-les :

La douleur est le symptôme dominant, elle survient sans que rien la fasse prévoir. C'est au milieu du repas que fut prise la petite malade de M. Sevestre ; dans l'observation de M. Galliard, la fillette faisait de la gymnastique quand elle éprouva une douleur du côté gauche de l'abdomen qui se propagea rapidement à tout le ventre.

Cette douleur peut rester localisée ou bien elle se généralise à tout l'abdomen, mais il y a toujours un point où cette douleur est plus intense. Quand la douleur siège

1. Pour la symptomatologie nous avons consulté avec fruit la thèse de M. Morisse, Paris, 1892, et le *Traité de médecine*, art. *Péritonite*, par Courtois-Suffit.

dans la fosse iliaque droite, elle peut induire en erreur et faire croire à une typhlite ou une pérityphlite.

Les vomissements incessants qui se montrent bientôt, exaspèrent le malade parce qu'ils réveillent la douleur abdominale. Comme dans toute péritonite, ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres et rebelles à tout traitement.

En même temps apparaissent du côté du ventre des signes caractéristiques. Il se ballonne, devient tendu ; le moindre mouvement, le contact des draps, réveillent une douleur telle que le malade pousse des cris. Dominé et vaincu par cette douleur que tout rappelle, le malade reste sur le dos, immobile, les jambes demi-fléchies.

La constipation est moins commune que dans la péritonite des adultes, souvent le petit malade continue d'aller à la selle régulièrement ; dans l'observation de M. Morisse, l'enfant avait de la diarrhée.

Bientôt on perçoit de la matité et de l'empâtement dans les parties déclives, ou seulement dans l'une des fosses iliaques. Puis l'état général s'aggrave : l'anorexie est complète, la soif vive, la fièvre survient mais reste modérée, le pouls s'accélère, les yeux s'excavent, les traits se tirent et revêtent l'expression du faciès abdominal.

Ce début bruyant est la règle dans la péritonite primitive, mais quand celle-ci survient au milieu d'un état pathologique antérieur, le début exact échappe à l'observation. C'est ce qui est arrivé dans le cas que nous avons observé. Nous croyons avoir eu affaire à une péritonite consécutive à une pleurésie précédée elle-même de pneumonie, mais nous ne serons pas affirmatif sur ce point,

n'ayant point vu évoluer le commencement de la maladie et mal renseigné que nous avons été par les parents. Tout ce que nous avons pu savoir, c'est qu'au cours d'une pneumonie prise pour une simple bronchite, l'enfant a éprouvé une douleur au ventre, de la constipation, de la fièvre. Si nous n'avons pu obtenir de renseignements plus précis, c'est évidemment que le début de la péritonite a été insidieux ; en tout cas la douleur a été peu vive et les vomissements ont fait défaut.

La maladie une fois constituée, que la péritonite soit primitive ou secondaire, elle suit une marche analogue. Elle se localise ordinairement mais peut demeurer généralisée. Au bout de quelques jours, tous les symptômes du début s'amendent, l'affection prend l'allure subaiguë, la marche de la maladie se ralentit. La courbe de la température n'est pas celle d'un individu qui fait du pus, elle oscille autour de 38° et peut même retomber à la normale. La fièvre est modérée, le pouls moins fréquent, reste petit. La douleur diminue ou disparaît et permet de faire un examen plus attentif de l'abdomen.

Malgré l'amendement des phénomènes réactionnels, l'état général laisse à désirer, la perte d'appétit est complète, le malade s'amaigrit et dépérit. Le ballonnement du ventre persiste, la matité augmente dans les parties déclives ; l'abdomen se tend davantage, et si on prend le soin d'en mesurer le contour au niveau de l'ombilic, on voit que la circonférence s'accroît à chaque nouvelle mensuration.

La percussion fournit quelques renseignements : elle dénote une matité fixe qui ne se déplace pas à chaque

changement de position comme dans les collections séreuses. Il est très rare de sentir une fluctuation nette ; en tout cas les anses intestinales plus ou moins agglutinées empêcheraient sa mobilité. La palpation fait le plus ordinairement reconnaître ou une simple rénitence ou un empâtement, suivant les cas, généralisé ou localisé. Le siège de la douleur coïncide toujours avec les foyers de la collection purulente.

On n'observe pas d'œdème de la paroi abdominale, comme cela se voit par exemple dans les collections purulentes de la plèvre, mais la circulation veineuse sous-cutanée peut être très développée. Cette circulation supplémentaire a été observée deux fois sur quatre.

Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique de la péritonite à pneumocoques. Rien encore ne vient dénoter la nature véritable de ces accidents péritonéaux, on sait seulement qu'on a affaire à une péritonite et on incline le plus souvent pour une péritonite tuberculeuse.

Un symptôme cependant sur lequel on n'a pas assez insisté peut mettre sur la voie du diagnostic. M. Sevestre (1) l'a signalé dans son observation : c'est la marche de la fièvre.

En clinicien sagace et expérimenté M. Sevestre avait été frappé de l'analogie qu'il avait cru devoir trouver entre les symptômes observés chez sa malade et ceux de certaines pleurésies à pneumocoques. La péritonite évoluait, sans qu'il y eut autre chose qu'une fièvre très modérée, la température oscillait presque tout le temps en-

1. Sevestre. Société médic. des hôp., 22 mai 1890.

tre 38° et 39°, et ayant même été, à différentes reprises, inférieure à 38°. Nous avons eu l'occasion d'observer nous-même que c'est ce qui se passe assez fréquemment dans les péritonites à pneumocoques.

Les observations postérieures à celles de M. Sevestre et la nôtre tendent à donner à ce symptôme une valeur presque absolue.

PRONOSTIC

Si on laisse la péritonite à pneumocoques continuer plus longtemps son évolution que peut-il advenir du malade ? En un mot, quel est le pronostic ?

L'état général, de passable qu'il était, s'aggrave peu à peu, et la cachexie se prononce de plus en plus, grâce aux progrès de la suppuration et de la fièvre, à l'anorexie. En même temps, peuvent apparaître des complications. De même que la péritonite succède parfois à une affection pneumococcique de la plèvre ou du poumon, de même la plèvre, le poumon, le péricarde sont d'autres fois atteints secondairement. A l'autopsie de la malade de M. Galliard (1), on a rencontré le pneumocoque dans ces divers organes. On n'a pas oublié ; dans le cas de M. Netter, cité ci-dessus, que la péritonite coexistait avec une méningite, et dans notre observation, il est très vraisemblable de supposer que la pleurésie purulente terminée par vomique était de même nature que la péritonite.

Ces complications ne sont guère faites que pour assombrir le pronostic. Cependant nous ne partagerons pas le pessimisme de M. Boulay (2) disant : « Il ne résulte pas de l'examen des faits que la péritonite à pneumocoques soit beaucoup moins grave que les autres variétés de

1. Galliard. Soc. médic. des hôp., 1890.

2. Boulay. Th. Paris. *Affections à pneumocoques*, 1891.

péritonites : elle semble partager jusqu'ici la sévérité du pronostic des inflammations péritonéales en général. » Ce pronostic ne peut plus être porté, du moins chez l'enfant, puisque sur les quatre observations que nous possédons nous comptons trois guérisons.

Toutefois le pronostic repose sur deux facteurs, de deux choses l'une, ou bien l'on intervient par les moyens appropriés, ou bien on laisse la péritonite évoluer jusqu'au bout.

Dans la première hypothèse on a recours à une intervention chirurgicale, mais il faut que cette intervention vienne à son heure, ne pas attendre que les forces du malade soient trop déprimées et que la palpation confirme la présence d'une certaine quantité de liquide. Alors une opération bien conduite peut donner une quasi certitude du succès. Nous disons une quasi certitude, car des foyers secondaires peuvent toujours échapper au chirurgien perspicace et il y a constamment à compter avec les complications possibles du côté des autres séreuses.

Dans la seconde hypothèse, la guérison spontanée est-elle possible? Nous ne le pensons pas. Voici comment les choses se passent d'après notre observation :

Le ventre continue à augmenter progressivement, puis après un temps variable, du vingt au trentième jour, on constate au voisinage de l'ombilic l'existence d'une saillie assez limitée, recouverte d'une peau légèrement rouge et à un moment donné la saillie ombilicale s'ulcère : le pus fait irruption à l'extérieur. La même chose aurait certainement eu lieu chez la malade de M. Sevestre si l'intervention avait été remise à quelques jours plus tard. On

ne sait ce qui serait arrivé dans les deux autres cas où l'on est intervenu à temps.

Notre observation tend à prouver que l'évacuation du pus après ouverture spontanée de la cicatrice ombilicale n'est pas suffisante pour amener la guérison. Cependant il ne faudrait pas nier la possibilité de la guérison par ce mécanisme. Gauderon (1), dans sa remarquable thèse, a publié 13 guérisons de péritonite aiguë obtenues par ce mécanisme sur 23 cas qu'il avait observés chez des enfants. Il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce que la guérison de la péritonite à pneumocoques s'obtienne dans ces conditions si l'on parvenait à éviter l'infection secondaire par des pansements suffisamment antiseptiques et si l'on songe à la facilité avec laquelle le pneumocoque perd sa virulence.

En tout cas, la fistule ombilicale une fois établie, rien n'empêche de recourir à une intervention chirurgicale, et c'est grâce à cette façon de faire que notre malade a dû de guérir.

Pour nous résumer, nous dirons que la péritonite suppurée à pneumocoques offre un pronostic moins grave chez l'enfant que chez l'adulte, qu'elle peut guérir après une opération convenable, mais qu'il ne paraît pas impossible de la voir guérir spontanément après fistule de la cicatrice ombilicale.

1. Gauderon, thèse de Paris, 1876.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant est des plus difficiles. L'étude des symptômes, l'évolution de la maladie ne viennent pas en aide au clinicien ; ils sont plutôt faits pour le tromper. Fièvre typhoïde, péritonite tuberculeuse, telles sont les erreurs auxquelles la péritonite pneumococcique a donné lieu chez l'enfant.

C'est surtout la fièvre typhoïde qui peut en imposer : le début est le même dans l'une et l'autre affection, tantôt assez brusque avec douleurs abdominales, vomissements, diarrhée ou constipation, tantôt insidieux et progressif. Une chose cependant fait défaut dans la péritonite, c'est la période prodromique : céphalalgie, épistaxis, etc.

La diarrhée n'est pas un signe différentiel, elle existe presque toujours dans la fièvre typhoïde, elle peut se montrer également dans la péritonite.

Le siège de la douleur n'a rien non plus de caractéristique, elle est peut-être plus violente et plus généralisée dans la péritonite, mais si dans la fièvre typhoïde elle se montre le plus souvent dans la fosse iliaque droite, on l'a trouvée quelquefois dans la fosse iliaque gauche ou à l'ombilic. L'empatement de la péritonite ne ressemble pas complètement au gargouillement de la dothiéntérie.

Le meilleur caractère différentiel que l'on puisse invoquer entre les deux maladies, et le signe physique qui

permettra le plus sûrement au clinicien de soupçonner le diagnostic, c'est la marche de la température. Nous avons dit toute la valeur de ce symptôme. Il n'y a en effet aucune analogie entre la régularité de l'évolution thermique dans la fièvre typhoïde des enfants et la marche à surprise de la température dans la péritonite à pneumocoques, où l'on observe tantôt l'apirexie la plus absolue, tantôt et le plus fréquemment une température modérée oscillant entre 38° et 38°, 5.

La marche de la fièvre viendra donc aider au diagnostic de la péritonite. Mais ce n'est qu'après quelques jours d'observation que ce symptôme pourra être utilisé alors qu'on n'en a d'ordinaire plus besoin. En effet, les symptômes péritonéaux se déclarent sans retard et attirent l'attention sur la séreuse abdominale ; on sait, à n'en plus douter, avoir affaire à une péritonite.

Mais en présence de quelle variété de péritonite se trouve-t-on ?

Ici les difficultés recommencent. Il y a cependant une importance capitale pour le malade à ce que le diagnostic soit fait le plus promptement possible : car du diagnostic étiologique dépendra le traitement et chacun sait qu'en présence de certaines péritonites il n'y a pas de temps à perdre.

Nous ne ferons pas le diagnostic différentiel entre la péritonite à pneumocoques et celles qui succèdent à un traumatisme, à la pyohémie, aux fièvres éruptives, à la puerpéralité, toutes ces dernières sont faciles à éliminer d'emblée. On peut également écarter toutes les péritonites aiguës, qui ont pour point de départ une suppuration

de viscères abdominaux : abcès du foie, de la rate, des trompes. Ces différentes variétés sont faciles à rattacher à leur véritable cause puisqu'elles éclatent au cours d'une maladie abdominale reconnue. Leur évolution est aussi trop spéciale pour prêter à l'erreur ; début brusque, frissons violents, douleur insupportable, vomissements, fièvre vive, signes précoces d'inflammation péritonéale et mort en quelques jours.

Reste la péritonite tuberculeuse : chacun sait les formes multiples qu'elle peut revêtir et qu'elle est sa fréquence. Rien donc d'extraordinaire à ce que la péritonite à pneumocoques ait été confondue avec cette variété, si surtout cette péritonite coïncide avec des lésions du côté du poumon, comme nous le rapportons dans notre observation : des signes légers de condensation pulmonaire existaient au sommet droit en arrière et surtout au sommet gauche en avant, on constatait de l'adénopathie aux aînes, aux aisselles et sous le menton, en même temps un épanchement dont le liquide semblait libre dans la cavité péritonéale. Quel autre diagnostic rationnel porter, sinon celui de péritonite chronique probablement tuberculeuse, c'est ce qui fut fait. La suite donna tort à cette opinion, mais au simple examen clinique de la malade cette erreur était permise, nous dirons plus : le diagnostic était impossible.

Dans la péritonite tuberculeuse, comme dans la péritonite à pneumocoques il y a en effet mêmes exsudats membraneux ; les anses intestinales sont agglomérées, agglutinées entre elles. L'abdomen est de même volumineux, distendu, la circulation veineuse collatérale est très déve-

loppée ainsi que nous l'avons fait remarquer. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, des vomissements ; la fièvre est modérée, les symptômes pulmonaires et l'état cachectique du malade aidant, il faut chercher dans une autre voie le moyen de faire un diagnostic différentiel.

Cette voie est toute indiquée et elle rend chaque jour les plus grands services en clinique dans les affections les plus diverses, nous voulons parler de la ponction exploratrice.

La ponction exploratrice, absolument inoffensive pour le malade quand elle est faite d'une façon antiseptique, peut seule autoriser un diagnostic ferme dans un sens ou dans l'autre. Lesensemencements, les inoculations du liquide retiré par la ponction, ou les cultures de ce liquide lèvent tous les doutes.

Ce procédé de diagnostic par les inoculations et les cultures n'est pas à la portée de tous les médecins, la ponction exploratrice les renseignera cependant d'une manière suffisante sur la nature du pus. Nous avons décrit, en effet, à l'anatomie pathologique les caractères macroscopiques du pus pneumococcique, caractères qui le font aisément reconnaître ; il est de coloration verdâtre, épais, crémeux, plastique et contient une grande quantité de fibrine.

Si on a affaire à une péritonite enkystée, on ne peut songer à faire une ponction exploratrice, il reste une ressource indiquée par M. Bouley : il faut pratiquer l'examen du sang et de la salive du malade et peut être aura-t-on la chance de rencontrer le pneumocoque.

TRAITEMENT

Le traitement de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant est exclusivement chirurgical. Il ne faut donc pas s'attarder au traitement médical qui peut faire perdre un temps précieux.

La ponction avec l'appareil aspirateur ne suffit pas pour tarir la suppuration malgré la facilité avec laquelle le pneumocoque perd sa virulence. Dans l'observation de M. Sevestre le point ponctionné demeura fistuleux.

Cette opération si simple n'aurait chance de réussir que quand la collection purulente est nettement enkystée et qu'il n'y a pas de fausses membranes. En effet, s'il existe plusieurs foyers distincts de péritonite, la ponction est illusoire, et s'il y a des fausses membranes, celles-ci continueront d'entretenir la suppuration.

Il faut avoir recours à une intervention plus active, la laparotomie est nettement indiquée.

Cette opération, toujours grave, est la seule qui puisse sauver le malade. Pratiquée dans les quatre cas que nous publions, les résultats sont assez satisfaisants pour encourager.

Le péritoine ouvert par la main du chirurgien, il faut chercher avec soin les divers foyers de suppuration, enlever les fausses membranes et détacher avec le plus grand soin les anses intestinales agglutinées. Malgré tou-

tes ces précautions, des foyers échappent quelquefois à l'œil et aux doigts de l'opérateur et la mort du malade en est la conséquence. C'est ce qu'on lit dans le cas publié par M. Gaillard.

Les fausses membranes enlevées, avant de fermer l'abdomen, on fera le lavage du péritoine avec de l'eau bouillie, avec de l'eau boriquée tiède, ou bien l'on se contentera d'éponger à diverses reprises le péritoine et la masse intestinale avec des boulettes de coton hydrophile. On peut alors espérer avoir complètement nettoyé la séreuse abdominale, et il n'y a plus qu'à placer quelques points de sutures sur la plaie du ventre en ayant soin de laisser un drain.

La plaie est recouverte d'un pansement antiseptique qu'on vérifie les jours suivants et que l'on change, s'il en est besoin. Généralement la guérison est définitive du douzième au quinzième jour.

Il ne suffit pas de faire la laparotomie pour amener la guérison. On a vu que, quand des foyers secondaires étaient méconnus par le chirurgien, la terminaison est fatale. Il en est de même quand la péritonite n'est pas seule en cause et qu'elle se complique de péricardite, de pleurésie ou de broncho-pneumonie.

OBSERVATION II (personnelle).

Péritonite à pneumocoques consécutive à une pleurésie précédée de pneumonie. — Laparatomie. — Guérison.

Mérot Olympe, âgée de 7 ans, entre le 22 octobre 1892, salle

Bouvier, n° 35, service de M. le Dr Moizard à l'hôpital Trousseau.

Ses père et mère sont bien portants, ils ont six autres enfants actuellement en bonne santé.

Cette enfant a été nourrie au sein, elle s'est toujours bien portée jusqu'à il y a sept semaines.

Un médecin appelé, constata, à cette époque, de la bronchite et ne revint pas. L'enfant ne s'est pas relevée, elle tousse beaucoup et depuis un temps que les parents ne savent pas préciser, trois semaines environ, elle se plaint de douleur au ventre, elle est constipée et elle a de la fièvre, elle n'a pas eu de vomissements.

Le matin du 22 octobre, avant de venir à l'hôpital, l'enfant aurait vomi, d'après ses parents, deux litres de pus.

A son entrée dans le service, le ventre est saillant, uniformément ballonné, légèrement douloureux et un peu tuméfié à la région ombilicale : il contient manifestement du liquide.

La circulation veineuse sous-cutanée est très développée.

On constate une très légère sonorité tympanique dans le flanc droit quand on fait coucher la malade sur le côté gauche.

Le foie est petit, un peu remonté.

La rate est inappréciable.

Il y a des ganglions de la grosseur d'une noisette et peu nombreux aux aînes, aux aisselles et sous le menton.

Du côté des poumons, on ne constate pas de matité, aucun signe de pleurésie, il y a seulement une légère submatité aux sommets. A gauche la respiration est très rude, surtout en avant, il y a une élévation de la tonalité sous la clavicule ; à droite et en arrière la respiration est soufflante avec retentissement de la voix.

En somme : signes légers de condensation pulmonaire aux deux sommets, surtout à gauche, avec épanchement dans l'abdo-

men et adénopathie aux aînes, sous l'aisselle et sous le menton.

Diagnostic. — Péritonite chronique avec ascite, probablement tuberculeuse.

On soumet la malade aux injections de gaïacol, on lui donne un Todd, du Bagnol.

Température axillaire 37° le matin, 37°,6 le soir.

Le 23 octobre. — Le traitement par les injections de gaïacol est commencé : on en injecte la valeur de deux seringues de Pravaz dans les fesses de l'enfant.

On continue ces injections les 24, 25, 26, 27 octobre.

Le 28. — L'ascite s'est évacuée spontanément par une ulcération de l'ombilic. Il est sorti environ deux litres d'un liquide purulent verdâtre.

Les 29, 30, 31. — Injections de deux seringues de gaïacol alternativement dans les fesses droite et gauche.

La température n'a pas dépassé 37°,6, sauf le 26 octobre, veille du jour où le pus s'est évacué, où elle a atteint 38°,6.

Le 1^{er} novembre : L'acide s'évacue encore spontanément ; il sort à peu près 1/2 litre de liquide purulent.

Le 2 novembre. — Troisième évacuation de pus peu abondante cette fois.

Le 3 novembre. — Les injections de gaïacol sont continuées.

Le 4 novembre. — Nouvel examen complet, les phénomènes d'auscultation n'existent plus ; la submatité persiste avec perte d'élasticité sous le doigt dans la partie la plus interne de la région sous-claviculaire gauche.

L'examen bactériologique du pus fournit des cultures de pneumocoques absolument pures.

Rectification du diagnostic : Péritonite à pneumocoques secondaire, consécutive à une pleurésie purulente terminée par vomique et qui n'a pas laissé de trace, pleurésie précédée elle-même

d'une pneumonie qui laisse quelques vestiges au sommet gauche.

Les injections de gaïacol sont supprimées.

M. Moizard fait venir les parents de l'enfant qui refusent absolument toute intervention chirurgicale. Force est alors de se contenter de faire les pansements antiseptiques les plus minutieux.

Les 6, 7, 8, 9, 10 novembre. — Le pus continue de sortir par l'ombilic.

Le 14 novembre — On constate au sommet de l'ombilic la petite ulcération de la grandeur d'une tête d'épingle par où le pus s'écoule plus ou moins abondamment. On remarque que les jours où le pus sort en moins grande quantité, le ventre est plus volumineux.

La température ne varie pas, elle oscille toujours entre 37° et 37°,8.

Le 20 novembre. — première élévation de température 38°,6 le soir.

Le 21 novembre. — 38°,4 le matin, 40° le soir. La malade s'est probablement infectée.

Le 22 novembre. — Les parents sont à nouveau prévenus de la nécessité d'une opération pour leur enfant et cette fois y consentent.

T. 38°,8 le matin, 39° le soir.

Le 23. — T. 37°,6 le matin, 37°,8 le soir.

Le 24 novembre. — Passage de la malade en chirurgie où elle est opérée par M. Broca.

L'examen du pus est fait à nouveau.

Deux pipettes de ce pus ont servi à faire deux examens.

1° Avec le pus d'une des pipettes, des lamelles ont été préparées pour être examinées directement.

2° Le pus de la deuxième pipette a servi à ensemencer des tubes de Bouillon peptonisé, de sérum, de gélatine peptone, de gélose glycinée.

L'examen direct des lamelles faites avec le pus de la première pipette a montré la présence du staphylococque et des gros microcoques encapsulés.

Plusieurs lamelles ont été colorées par la méthode d'Erlich en vue d'y rechercher la présence du bacille de la tuberculose, mais sur aucune des lamelles on n'a pu le trouver.

L'examen des cultures est venu confirmer la présence du staphylococcus et de plus nous montrer les pneumocoques qui avaient été trouvés très abondants sur les lamelles faites directement avec le pus.

Nous devons cet examen bactériologique à l'obligeance de M. Barrier, interne du service, et à M. Grenouillet. Nous les en remercions sincèrement.

Les suites de l'opération furent normales, la température ne dépassa pas 38°.

Le 7 janvier. — La malade, complètement guérie depuis plusieurs semaines, rentre à la salle Bouvier. Elle a beaucoup engraisé et ses forces reviennent rapidement.

OBSERVATION III

Péritonite primitive à pneumocoques. — Laparotomie. — Guérison. — Sevestre. Soc. méd. des Hôpitaux, 1890.

Suzanne X..., âgée de 8 ans, avait toujours eu une santé excellente et, à part une rougeole et une varicelle, légères d'ailleurs, n'avait jamais été malade ; elle n'avait jamais présenté un trouble, même temporaire, des fonctions digestives.

Le 19 mai, pendant le déjeuner, elle fut prise tout à coup d'accidents abdominaux graves ; elle n'avait eu dans la matinée aucun phénomène anormal et avait même été remarquablement gaie pendant le commencement du repas ; puis vers la fin, et brus-

quement, elle se plaignit d'une douleur d'abord sourde et peu intense, mais rapidement très vive au point de faire craindre une syncope ; l'enfant fut mise à l'air dans le jardin, mais comme la pâleur augmentait on la fit remonter et on la coucha ; peu de temps après elle fut prise de vomissements et ces vomissements se répétèrent d'une façon presque incessante ; la douleur du ventre continua et parut se localiser dans la région inguinale droite.

On attribue ces accidents à une indigestion, on donne un vomitif, puis un lavement, puis la potion de Rivière et de la glace par petits fragments. Malgré tout, les vomissements persistèrent pendant la nuit et la douleur devint encore plus intense au point d'arracher des gémissements continuels. En même temps le poulx devint filiforme, puis imperceptible et incomptable, les traits étaient tirés et la physionomie offrait les caractères du faciès abdominal.

C'est dans cet état que je vis la malade dans la soirée du 20 mai. Il y avait eu dans la journée des évacuations alvines, peu abondantes d'ailleurs, et formées surtout de matières glaireuses, sanguinolentes. Le ventre était douloureux surtout dans la région inguinale droite, où l'exploration était difficile en raison de la douleur : il n'y avait cependant pas de ballonnement bien marqué.

On fit le diagnostic de péritonite sans pouvoir en déterminer la cause et la nature. On continua le traitement : frictions mercurielles belladonnées et cataplasmes sur le ventre, potion de Rivière, glace, champagne.

Le lendemain 21 mai, et surtout les jours suivants, une amélioration commença à se manifester ; les vomissements devinrent moins fréquents, puis s'arrêtèrent, et l'enfant put prendre et garder quelques gorgées de lait coupé avec de l'eau de vals et glacé ; chaque fois cependant, l'ingestion d'une quantité même minime de liquide était suivie de vives coliques. Le ventre était moins douloureux, mais devenait plus volumineux sans que pourtant le ballonnement prit des proportions plus grandes.

Les phénomènes généraux s'amendaient aussi ; l'expression de la figure était meilleure, le pouls qui était le 21 mai à 140, tombait à 130 le 22, puis à 104 le 23 mai. La température oscillait entre 38°,2 et 38°,8.

Une modification importante survenait aussi du côté du ventre, la douleur à la pression était moins vive et n'était plus aussi nettement localisée dans la région iliaque droite ; de plus on trouvait dans toute la région sous-ombilicale une sensation de rénitence plus marquée et une matité plus accentuée. Cette zone de matité sembla même, au bout de quelques jours, se déplacer vers la gauche, ou plutôt alors qu'elle restait très modérée à droite, devint très caractérisée dans la région comprise entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure gauche ; puis cette région se tuméfia et donna une sensation de rénitence d'abord vague, puis très nette.

Le 4 juin. — Il était évident que les accidents de péritonite s'étaient localisés et même qu'il existait une collection liquide, mais contrairement à ce qu'on aurait pu penser des phénomènes du début, c'est à gauche que se trouvait cette collection. La fièvre était toujours modérée et même pendant trois jours consécutifs le thermomètre n'avait pas dépassé 37°,4. Les garde-robes étaient à peu près normales, de temps en temps seulement on trouvait quelques glaires sanguinolentes ; jamais on n'a pu constater de pus dans les selles.

Cependant le ventre devenait plus volumineux ; la tuméfaction, bien qu'elle fût à peu près générale, était d'ailleurs plus marquée du côté gauche et c'est dans ce point que toujours on constatait la matité et la rénitence, accompagnée même d'une sensation assez confuse de fluctuation.

Le 18 juin. — Le ventre continue à augmenter progressivement de volume. La mensuration au niveau de l'ombilic, qui

était de 63 centimètres le 4 juin, est de 65 le 18 juin et le 22 juin elle atteint 69 centimètres.

Le 22 juin. — En dehors des phénomènes signalés plus haut, on constate au voisinage de l'ombilic l'existence d'une saillie assez limitée recouverte d'une peau légèrement rouge: ce qui semblait indiquer que la collection tendait à se faire jour à ce niveau.

Il semblait cependant qu'on ne devait pas se résoudre à attendre patiemment l'ouverture spontanée et qu'il y avait lieu de vider la poche. En effet, le début de la maladie remontait à un mois, l'enfant était dans un état de dépérissement prononcé et l'intervention chirurgicale semblait devoir être très favorable, puisque suivant toute probabilité pour des raisons que l'on donnera plus loin, il s'agissait d'une collection purulente due au pneumocoque, c'est-à-dire d'une forme relativement bénigne de suppuration.

L'enfant fut amenée à Paris et confiée aux soins de M. Lucas-Championnière qui l'avait déjà vue une quinzaine de jours auparavant.

M. Lucas-Championnière en raison de l'élévation très modérée de la température doutait quelque peu de l'existence d'une collection purulente. Il fit néanmoins le 25 juin une ponction et put de la sorte évacuer 4 litres de pus. L'examen de ce pus, fait par M. Netter, démontrait la présence de pneumocoques sans aucun des autres microbes de la suppuration.

Dès le lendemain la température tombait à la normale et la mensuration du ventre donnait le chiffre de 56 centimètres.

Peu de jours après, il parut que la suppuration se formait à nouveau; le ventre devenait plus volumineux et de plus, dans les efforts de défécation, le pus se faisait jour par l'orifice de la ponction qui ne s'était pas fermé.

Il était donc nécessaire de recourir à une opération plus radi-

cale. Le 8 juillet, on fait la laparatomie. La paroi abdominale ayant été incisée sur la sonde cannelée dans une certaine étendue la poche fut vidée complètement, puis lavée avec une solution de chlorure de zinc, et la plaie fut recouverte d'un pansement antiseptique.

Quinze jours après l'enfant quittait Paris, complètement rétablie; elle restait seulement encore très faible, mais au bout de peu de temps elle recommençait à reprendre et elle est aujourd'hui dans un état de parfaite santé.

OBSERVATION IV

Péritonite à pneumocoques, primitive. — Laparatomie. — Péricardite et pleurésie secondaires. — Mort. — Galliard. Soc. med. des hôpitaux 1890.

Anna P..., 11 ans, service de M. Legroux, suppléée par M. Galliard. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels, sauf des coliques à plusieurs reprises.

Le 25 juillet 1890, en faisant de la gymnastique, elle a éprouvé une douleur au côté gauche de l'abdomen, qui s'est rapidement propagée à tout le ventre. A partir de ce moment, elle a vomi ses aliments plusieurs fois, elle a dû garder le lit, ayant la fièvre, refusant la nourriture, étant abattue, fatiguée.

Tels sont les renseignements fournis par la mère; plus tard en faisant une enquête minutieuse, on apprend que l'enfant était maltraitée par son père, et qu'elle avait reçu de lui quelques jours avant le début de la maladie un coup de pied dans le ventre. Dans les antécédents on trouve un viol perpétré il y a un an et qui pourrait avoir une importance considérable.

A son entrée, 1^{er} août: abattement, prostration, céphalalgie frontale, température 40° le matin, pouls petit. La langue est sale, les lèvres sèches. L'abdomen est un peu dépressible, ballonné et

uniformément douloureux ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque, pas de taches rosées. Rien dans les autres organes.

Diagnostic. — Dithénenterie au septième jour.

La fièvre s'abaisse en diminuant progressivement le matin et le soir.

Le 6 août. — Elle est à 37°,6, mais sans amélioration dans l'état général. Il y a un peu moins de délire la nuit, l'enfant refuse toujours les aliments. L'abdomen reste douloureux à la pression, l'enfant se plaint de coliques intermittentes. Il y a toujours du ballonnement régulier, uniforme, sans induration, sans tumeur et de la submatité évidente.

On porte le diagnostic de péritonite avec exsudat épais, avec des fausses membranes, et on s'arrête à l'idée de péritonite tuberculeuse.

Les jours suivants la température oscille entre 37° et 38°, l'état général reste le même.

Le 11. — Le ventre a une tendance à augmenter de volume ; dans le bas-ventre, matité plus accentuée et sensation d'ondulation légère. Au cœur, souffle systolique à la pointe ; à la base, bruit râpeux dont le maximum est au niveau de la deuxième articulation chondro-sternale gauche : on croit à une péricardite tuberculeuse.

Le 17. — Le ventre augmente de volume, dilatation du réseau veineux sous-cutané. Fluctuations dans la région sous-ombilicale. Respiration faible aux bases ; à la région précordiale, léger frémissement à la base, au niveau du frottement péricardique.

Le 19. — Violentes douleurs au niveau des fausses côtes gauches.

Les progrès du dépérissement, de l'adynamie, de la cachexie nous montrent que la terminaison fatale est proche. De commun accord avec M. Jalaguier une intervention active est décidée.

L'état général est mauvais, l'enfant dort mal, se plaint du ventre et de la poitrine, elle n'a aucun appétit, vomit souvent. Faciès abdominal, yeux excavés, pommettes saillantes, pas d'œdème, pas d'albumine.

Le 25. — M. Jalaguier pratique la laparatomie. Evacuation de pus verdâtre, crémeux, épais, de membranes fibrineuses et d'énormes grumeaux filamenteux qui ne se détachent qu'avec difficulté. La quantité de pus est évaluée à 5 litres. Le soir 37°,7.

Le 28. — Premier lavage à l'eau boriquée chaude ; pendant la journée, agitation, toux, dyspnée, menaces de syncope au moindre mouvement. A l'auscultation râles sous-crépitaux et souffle des deux côtés ; langue sèche, pouls faible et adynamie.

Le 29. — Deuxième lavage. Le soir syncope.

Le 30. — Troisième lavage. Dyspnée, cyanose de la face et des mains, plusieurs syncopes. Râles sous-crépitaux aux deux bases.

Le 31. — Cachexie extrême, pouls incomptable, filiforme, collapsus. Température 36°,5. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Après ouverture de l'abdomen, on a sous les yeux une masse médiane, une sorte de gâteau volumineux, constituée par les anses de l'intestin grêle que recouvre le grand épiploon. Cette masse forme la paroi postérieure de la cavité ouverte par le chirurgien. L'épiploon tendu, adhérent aux organes du petit bassin, a divisé l'abdomen en deux loges principales, l'une où s'est collecté le pus qu'on a évacué, l'autre postérieure qui contient l'intestin grêle, entre les anses duquel il n'y a ni pus ni sérosité.

Il est naturel de chercher à défaut d'un point de départ intestinal l'origine des accidents au niveau de l'extrémité inférieure de l'épiploon, puisque dès le début de la maladie il devait être fixé dans la position où on le trouve à l'autopsie. Or, l'extrémité inférieure de l'épiploon se confond avec des fausses membranes

épaisses qui recouvrent la face antérieure du rectum, tapissent les organes génitaux et les parois du petit bassin. Le pavillon de la trompe gauche est rouge, injecté de sang. L'utérus et les ovaires sont sains. La muqueuse vaginale est un peu rouge.

Pas de lésions du tube digestif. On trouve deux autres foyers dont l'existence a été méconnue pendant la vie, l'un sus-hépatique, l'autre périphérique, tous deux renfermant du pus. Le foie est volumineux en dégénérescence graisseuse, les plèvres contiennent une très petite quantité de liquide séreux. Quelques îlots de broncho-pneumonie suppurée. Le péricarde contient un verre de sérosité. Cœur sain, nulle trace de tubercule.

L'examen bactériologique du pus, fait par M. Netter, révèle la présence du pneumocoque : il n'y a ni gonocoques ni bacilles M. Galliard pense que l'infection a eu pour point de départ les organes génitaux, le pavillon de la trompe étant rouge et injecté. on se rappelle que l'enfant avait été violée quelque temps auparavant. Mais le pneumocoque n'ayant été recherché ni dans la trompe ni dans l'utérus, la pathogénie de cette péritonite demeure inconnue.

OBSERVATION V

Péritonite à pneumocoques. — Laparatomie. — Guérison. — Morisse, Thèse de Paris, 1892.

C... Léontine, âgée de 7 ans, entre le 10 juin 1892, salle Triboulet, n. 12, service de M. le Dr Sevestre, à l'hôpital Trousseau.

Son père est atteint d'une affection pulmonaire, sa mère est bien portante, ainsi que ses sœurs.

Elle a eu dans sa première enfance la rougeole et depuis elle tousse un peu. Elle a toujours été de santé délicate.

Dimanche 5 juin dans la journée elle fut prise de vomissements

de diarrhée et de douleur dans le ventre. Elle se couche et depuis cette époque les vomissements n'ont plus reparu, mais la diarrhée a continué.

Elle refuse toute nourriture, même le lait parce qu'elle n'a aucun appétit et parce qu'elle en souffre. Elle a de la fièvre dans l'après-midi et se plaint de mal de tête et de ventre.

A son entrée, le 18 juin, elle est abattue, somnolente. La langue est sale et légèrement sèche ; il n'y a pas d'appétit, mais elle boit souvent, le ventre est un peu ballonné. Il y a de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite au niveau du cœcum, elle eut deux selles liquides dans la journée qui suivit son entrée.

Il n'y a rien au cœur, le pouls est régulier, pas d'albumine.

En examinant les poumons, on constate par la percussion une légère submatité à la base droite ; à l'auscultation il y a des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine, mais plus nombreux et plus fins au niveau du poumon droit, mais sans que l'on puisse en faire un résidu de pneumonie.

Pas de taches rosées. T. 38°, 5 la veille au soir, 38°, 8 le matin et 39° le soir.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde au huitième jour, étant donnés l'épidémie régnante et l'ensemble des symptômes. Traitement : Calomel, sulfate de quinine. Todd.

Le 12. — T. matin, 38°, 9, soir 39°, 2. On lui donne du Bétol.

Le 13. — T. matin, 39°, 4, soir 39°, 8.

Le 14. — T. matin, 38°, 2, soir 39°.

Le 15. — T. matin, 38°, soir 38°, 6.

Le 16. — T. matin, 38°, 4, soir 39°.

Le 17. — T. matin, 38°, soir 38° 5.

Le 18. — T. matin, 37°, 5, soir 38°, 2. C'est le point le plus bas qu'elle atteigne. Il y a en même temps rémission dans les symptômes, l'enfant commence à jouer et bavarder, il n'y a pas d'ap-

pétit, mais l'état local reste le même : le ventre est un peu ballonné, la douleur reste toujours à la fosse iliaque droite, et c'est là qu'elle porte le doigt quand on lui demande où elle souffre. En examinant avec attention on voit que la douleur est exactement limitée à la région cœcale, qu'il y a là une zone de submatité et d'empatement très manifeste.

Si la malade ne continuait pas à avoir de la diarrhée on porterait le diagnostic d'appendicite, le diagnostic de fièvre typhoïde reste, tout en faisant des réserves au point de vue abdominal, que l'on surveille attentivement tous les jours, de crainte de quelque accident péritonéal. Toujours pas de taches lenticulaires.

L'état pulmonaire reste le même, il y a des râles de bronchite disséminés, mais au sommet droit on ne trouve plus de râles fins.

Rien au cœur, pas d'albumine.

Le 19. — T. matin 37°,5, soir 38°,8.

Le 20. — T. matin 38°, soir 39°,2.

Le 21. — T. matin 38°, soir 39°.

Le 22. — T. matin 38°,4, soir 40°,2.

Augmentation inexplicable de la température. Amaigrissement considérable, le ventre est développé, météorisé, mais pas de matité, pas d'empatement; on s'en rend d'autant mieux compte que l'enfant se laisse facilement examiner et que son ventre est peu douloureux sauf à droite, et au niveau de l'épigastre une pression un peu forte en cet endroit lui arrache des gémissements.

Diarrhée noire, fétide, presque incessante.

Le 23. — T. matin 38°,4, le soir 40°,3.

Le 24. — T. matin 37°,5, le soir 39°,6.

Le 25. — T. matin 37°,2, le soir 39°,4.

Le 26. — T. matin 37°,8 le soir 39°,6.

Le 26. — En la découvrant, on s'aperçoit que son ventre est très ballonné, très douloureux; on délimite par la percussion et la palpation deux foyers d'empâtement douloureux dans les fosses iliaques, celui de droite au niveau du cœcum.

Le pouls est rapide, la circulation gênée, la face se grippe, les yeux s'excavent et les extrémités ont de la tendance au refroidissement.

Déjà la fièvre a revêtu le type à grandes oscillations de la supuration. Il est incontestable que l'on a affaire à une péritonite, sans pouvoir en spécifier la nature, qu'elle soit tuberculeuse, due à la fièvre typhoïde ou à une appendicite. M. Sevestre, qui en a déjà observé un cas, émet l'hypothèse de péritonite à pneumocoques.

M. Jalaguiet voit la malade le 27 juin et l'opération est décidée pour le lendemain, s'il n'y a pas amélioration de ces symptômes.

On fait sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de sept à huit centimètres. Ses parois molles ne présentent rien de particulier jusqu'au voisinage du feuillet pariétal du péritoine. Ce dernier est considérablement épaissi, fibroïde, saignant facilement, il faut le sectionner à petits coups pour arriver à l'intérieur de la cavité abdominale.

Cet épaississement du péritoine ressemble à celui que l'on observe dans certaines péritonites chroniques.

Aussitôt la section du péritoine faite, le doigt introduit du côté gauche de l'abdomen donne issue à un flot de pus, contenant de nombreuses fausses membranes plus ou moins épaisses, réunies entre elles et accolées pour former des grumeaux purulents.

Ce foyer est lavé à l'eau boriquée chaude et la canule, promenée doucement dans la cavité abdominale, ramène du petit bassin une nouvelle quantité de pus.

A droite, où l'enfant souffrait le plus, où s'était montrée la

tuméfaction, on ne trouve qu'un foyer purulent relativement petit, mais situé immédiatement derrière la paroi. Pendant qu'on l'évacue, il arrive tout à coup une odeur fécaloïde qui n'existait pas dans les autres foyers.

A ce moment, menace de syncope. On cesse la chloroformisation, on fait des injections d'éther. On referme le ventre en ayant soin d'y laisser quatre drains.

Champagne glacé, Todd. Le soir, pouls 140. T. 38°, 2.

Le 30 juin. — Deux selles diarrhéiques, on fait le pansement, l'enfant va beaucoup mieux.

Le 1^{er} juillet. — La température remonte et l'on constate le lendemain l'existence d'une broncho-pneumonie double aux bases des poumons. En faisant le pansement, on remarque qu'en pressant du côté du cœcum il s'en échappe du pus à odeur fécaloïde.

On fait le pansement tous les jours.

L'évolution de la broncho-pneumonie va lentement.

Le 10. — La broncho-pneumonie est à peu près terminée ; la plaie abdominale ne donne presque plus rien, la température ne dépasse pas le soir 37°, 5.

Le 12. — Les derniers drains sont enlevés, la plaie a bon aspect.

Le 15. — A moins de nouvelle complication, on peut considérer l'enfant comme guérie. Sa broncho-pneumonie a complètement disparu.

L'examen du pus, fait à l'Institut Pasteur par M. Pottier, interne des Hôpitaux et M. Afkin, a montré que l'on avait affaire à des pneumocoques.

CONCLUSIONS

1° La péritonite suppurée à pneumocoques chez l'enfant est très rare. L'étiologie et la pathogénie sont des plus obscures.

2° Ces péritonites peuvent être primitives ou secondaires. Primitive, la péritonite se déclare spontanément sans cause appréciable; elle coexiste, soit avec une méningite, soit avec une pleurésie ou une péricardite; ou elle constitue à elle seule toute la maladie. Secondaire, elle est le plus souvent consécutive à une pneumonie et dans ce cas seul on peut expliquer le point de départ de la péritonite: elle se produit par propagation directe du poumon à la plèvre et au péritoine au moyen des lymphatiques.

3° La péritonite est généralisée ou localisée, si elle est localisée, il peut exister un ou plusieurs foyers distincts.

4° Cette péritonite a une évolution spéciale, elle ne revêt pas les allures bruyantes des affections purulentes vulgaires. Elle est plus fréquemment apyrétique que la pleurésie due au même micro-organisme chez l'enfant.

5° Le diagnostic étiologique est à peu près impossible au début et l'on songe plutôt à la fièvre typhoïde ou à la péritonite tuberculeuse.

Pour affirmer le diagnostic, il n'y a qu'un moyen, faire l'examen bactériologique du pus retiré par ponction.

Cependant les caractères macroscopiques du pus sont assez spéciaux pour faire soupçonner le diagnostic.

6° Le pronostic, toujours sérieux, n'est pas fatal pourvu que l'on agisse efficacement, à moins que des foyers secondaires échappent au chirurgien ou que des complications surviennent.

7° Le traitement est exclusivement chirurgical, il faut faire la laparotomie, la ponction simple ou suivie de lavage ne paraît pas suffisante.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

